COUNTWAY LIBRARY
HC 4FGY C

Med. Sch.

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DE LA SOCIEDAD DE MEDICOS DEL HOSPITAL GENERAL

Director

Dr. Luis Méndez

(Director del Hospital General)

CUERPO DE REDACCION

DOCTORES:

Gregorio Salas.
Rodolfo Gayol.
Germán Troconis A.
Fernando Quiroz.
Aquilino Villanueva.
Gustavo Argil.
Reynaldo Escobar.
Eduardo Vignon.
Manuel Ortiz.
Amador G. Ugaled.
Salvador González H.
Emilio Longoria.
Juan N. Vasavilbaso.
Manuel J. Castillejos.
Darío Fernández.
Mariano Vázquez.
Arturo de los Ríos.
Juan Mora.
Abraham Ayala González.
Leonides Guadarrama.
Ignacio Cávez.
Salvador García Téllez.
Juan Luis Torroella.
Juan N. Andrade.
Pablo Mendizábal.
Manuel Perea.
Rosendo Amor E.
Alfonso Sousa y Abarca.
Ismael Cosío Villegas.
Alejandro Verges.
Cayetano Andrade.
Gonzalo Cosío.
Humberto Camacho.

Antonio Gómez.
Julián González Méndez.
Abelardo Monges López.
Genaro Márquez.
Vicente Pérez de la Vega.
Ignacio González Guzmán.
Ricardo Rojina.
Manuel Martínez Báez.
Enrique Villela.
Ernesto Ulrich.
Eliseo Ortiz.
Francisco Fonseca.
Javier Longoria.
Manuel Pesqueira.
Manuel Lezama.
Benito Flores.
Darío de Hoyos.
Joaquín Correa.
José García Noriega.
Pablo Barroeta.
Salvador Alvarado.
Angel Fuertes.
Armando Bustos.
Genaro Zenteno.
Luis G. Campos.
José María González Guzmán.
Roberto Alfaro.
Juan Díaz Pérez.
Joaquín Castillejos.
Carlos M. Torres.
Lázaro Pavía.
Arturo Lara Rivas.
Angel G. de Quevedo.

Alejandro Velasco Z.
Roberto Gamboa.
Mario Fuentes.
Alfonso Guadalajara.
Abel Ramiro Moreno.
Ignacio Vertti.
Julián Guinea.
Rubén Ricalde y G.
Fernando Medina.
Luciano Huerta.
Rodolfo Ayala.
Serafín Murillo.
Manuel Castañeda.
Alejandro Guevara.
Eduardo Rivas.
Manuel Manzanilla.
Mario Quiñones.
J. Trinidad Cano.
Carlos Coqui.
Manuel Vaquero.
Salvador Aceves.
Lino Vergara.
Magín Puig.
Luis Vaquero.
Alfonso Vergara.
Ricardo Kirchner.
César Graham.
Wistano García R.
José Luis Gómez Pimienta.
Clemente Carrillo y Cárdenas.
José A. Guevara.
Enrique de Noriega.
Ramón Flores.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
30 JAN 1933

Septiembre de 1932

Año VII

No. 37

Cloruro
de
SINOMENINA
(Reg. D. S. P. 3700)
PARA EL
TRATAMIENTO
del REUMATISMO
y NEURALGIAS
"CLORURO DE SINOMENINA" es un remedio específico para el Reumatismo y Neuralgías, descubierto por el Dr. Médico N. Yshiwari, después de largas investigaciones efectuadas en el Instituto Farmacológico de la Universidad Imperial de Kiyoto, bajo la superintendencia del Profesor K. Marishima.
"CLORURO DE SINOMENINA" es una sal clorhídrica de la Sinomenina, alcaloide cristalino obtenido por un procedimiento químico especial del Sinomeniun actum Rehd et Wils (Minos permaceas), hierba medicinal, específica para el tratamiento del Reumatismo y las Neuralgías, que goza de gran popularidad en el Japón desde tiempos muy remotos.
"CLORURO DE SINOMENINA" es un polvo blanco, cristalino, de sabor acre, soluble en agua en proporción de 4-8%, funde a 231 C.
Importadores: CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.
Isabel la Católica, 85. México, D. F.

Evítese complicaciones .....
recetando en vez de la Santonina
y del Aceite de Quenopodio

HELMINAL M.R. MERCK

El vermífugo puramente vegetal,
atóxico e inofensivo en absoluto,
apropiado especialmente para la
práctica infantil

EFICACISIMO CONTRA ASCARIDOS Y OXIUROS

E. MERCK, DARMSTADT

mayores informes darán gustosamente
MERCK-MEXICO, S. A.
MEXICO, D. F. Apartado 2669

UNION MEDICA MEXICANA, S. C. L.

Laboratorios Terapia

México, D. F. **Madrid No. 43**

BISMOQUINOL INFANTIL "U. M. M."

Fórmula:

Yodobismutato de Quinina..... 0.05 grs.
Colesterina..... 0.025 „
Aceite de olivo c. b. p... 1 c. c.
por ampolleta.

Indicaciones Terapéuticas:

Las de las sales bismúticas insolubles. Lúes en general y hereditaria. Lúes arsenoresistentes y mercurio resistentes, como substituto en los casos de intolerancia arsenical, en lúes viscerales, en luéticos con lesiones del sistema cardiovascular (aortitis) y para tratamiento de sostén. Util en el tratamiento de las fiebres tifoideas y paratifoideas.

Presentación:

Caja de 10 ampolletas de 1 c. c.

Advertencia:

Queda exclusivamente en manos de los señores médicos el señalar la dosis en cada caso particular.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

Registro Núm. 8346. D. S. P.

GAYASTENOL "U. M. M."

Fórmula:

Cacodilato de Guayacol..... 0.0400 grms.
Sulfato de estricnina 0.0005 „
Solución de Adrenalina: 1:1000..... 0.0.10 c. c.
Agua destilana, estéril,, cuanto baste para..... 1 c. c.

Indicaciones Terapéuticas:

Gripe.—Las toxinas gripales tienen afinidad marcadísima por el sistema nervioso, y así lo demuestran la astenia general e hipotensión arterial en los atacados de influenza; es por esto que se ha asociado al cacodilato de guayacol el sulfato de estricnina y la solución de adrenalina.

Advertencia:

Quedar excusivamente en manos de los señores médicos el señalar las dosis en cada caso particular.

Presentación:

En caja de 10 ampolletas.

Usese exclusivamente por prescripción y bajo vigilancia médica.

(Registro No. 5853. D. S. P.)

Los Médicos de Prestigio Prescriben estos Productos

LITERATURA A SOLICITUD

HOSPITAL GENERAL

REVISTA MEXICANA DE CIENCIAS MEDICAS

PUBLICACION MENSUAL

Registrada como artículo de segunda clase, con fecha 23 de diciembre de 1930.

DIRECTORIO

DR. LUIS MENDEZ.

(Director del Hospital General.)

DIRECTOR.

M. LEON DIAZ.

Administrador.

Eric. 9-13-99. Mex. L-02-92.

Hospital General.

MEXICO, D. F.

PRECIOS DE SUBSCRIPCIONES:

Para el interior de la República, Estados Unidos, Islas Felipinas, Cuba, Canadá, España y América en general:

Por un año..... $ 10.00

Para los demás países de la Unión Postal Universal:

Por un año..... $ 20.00
Números sueltos..... 1.00
Números atrasados..... 1.50

Nuestros precios para el extranjero son en dólares o su equivalente en Moneda Nacional.

Se acepta colaboración, pero en ningún caso se devolverán originales. Toda correspondencia relacionada con la Redacción de este periódico, debe dirigirse al Director.

Para cambio o suspensión de anuncio, o de subscripciones, debe darse aviso por escrito a la Administración.

Correspondencia sobre anuncios y subscripciones diríjase al Administrador.

SUMARIO:

Pág.

La Nemolisis Intrapleural.—Por el Dr. José Luis Gómez Pimienta. 1307

La Diatermocoagulación de las Estenosis Filiformes de la Uretra.—Por el Dr. Samuel Aguilar Sarmiento 1314

Contribución al Estuido de la Diabetes Bronceada.—Por el Dr. E. Bonilla..... 1321

Aplicación Simultánea de Diatermia a dos o más enfermos con un solo aparato.—Por el Dr. Samuel Aguilar Sarmiento.. 1327

La Triplaflavina en el Tratamiento de la Pústula Maligna.—Por el Dr. Carlos Finck. 1330

EQUIPO ELECTROQUIRURGICO VICTOR

Para Sección de los Tejidos y Coagulación

(SUPERFICIAL O SUBMARINA)

Notable por su Regulación a la Mano del Cirujano

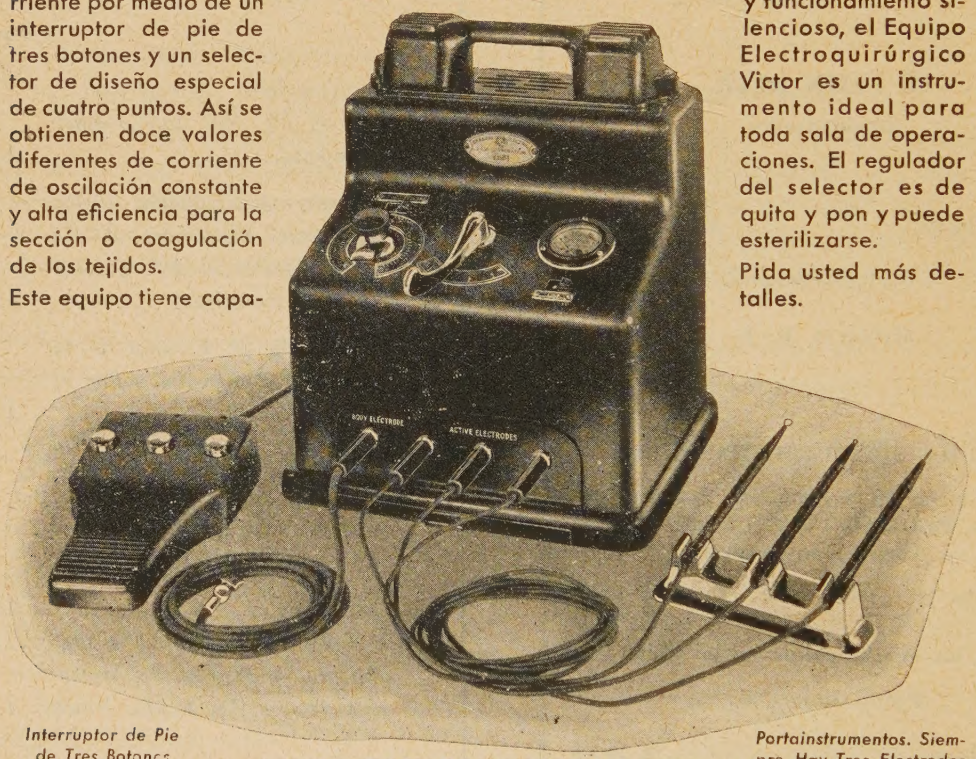
LA alta perfección lograda en este aparato de tubos, para electrocirugía, incorpora una regulación que simplifica la técnica operatoria.

El cirujano puede, durante la operación, regular por sí mismo la intensidad de la corriente por medio de un interruptor de pie de tres botones y un selector de diseño especial de cuatro puntos. Así se obtienen doce valores diferentes de corriente de oscilación constante y alta eficiencia para la sección o coagulación de los tejidos.

Este equipo tiene capacidad suficiente para cortar la grasa, los músculos y todos los tejidos no óseos en cualquier operación. Corta con la misma eficiencia bajo de agua. El cirujano dispone constantemente de tres electrodos.

De hermosa apariencia, tamaño reducido y funcionamiento silencioso, el Equipo Electroquirúrgico Victor es un instrumento ideal para toda sala de operaciones. El regulador del selector es de quita y pon y puede esterilizarse.

Pida usted más detalles.



Interruptor de Pie de Tres Botones

Portainstrumentos. Siempre Hay Tres Electrodos Disponibles

EQUIPO ELECTROQUIRURGICO VICTOR

Se suministra completo con interruptor de pie, portainstrumentos, tres cables para los electrodos, un cable para conectar el electrodo indiferente y un juego de 6 electrodos

GENERAL ELECTRIC
SOCIEDAD ANONIMA
Distribuidores Exclusivos para la República Mexicana
Gante y 16 de Septiembre—México, D. F.

GENERAL ELECTRIC
X-RAY CORPORATION
2012 Jackson Boulevard Chicago, Ill., E. U. de A.

ANTES VICTOR X-RAY CORPORATION

E-56-S

Me interesa recibir informes sobre el Equipo Electroquirúrgico Victor.

Dr. _____

Calle _____ No. _____

Ciudad _____ Estado _____

La corriente eléctrica es de _____ Voltios _____ Ciclos

La Neumolisis Intrapleural

Dr. Luis Gómez Pimienta

Servicio de Tisiología del Hospital General Pab. 27

LA presencia de bridas inter pleuro pulmonares, es una de las causas que hacen fracasar el tratamiento de la tuberculosis por el neumotórax, tanto por oponerse al buen colapso pulmonar, como ppr favorecer la aparición de ciertas complicaciones graves: perforación del pulmón principalmente.

Con el objeto de destruirlas, se han propuesto diversos procedimientos. Al principio fué la neumolisis a tórax abierto, técnica empleada preferentemente por los alemanes Sauerbruch, Braun, etc. Este procedimiento era poco satisfactorio debido a la gravedad de la intervención, así como a las complicaciones que posteriormente presentaba.

Otros investigadores, Ronsing, Davies, etc., hacían la sección de las mismas por medio de un cauterio, guiándose por el control radioscópico.

Este método fué igualmente abandonado por los graves accidentes que con suma frecuencia presentaba: hemorragias, perforación pulmonar, etc.

En 1910, Jacobaeus hace la exploración intrapleural por medio del toracoscopio que hoy lleva su nombre. Así le fué fácil reconocer que las bridas tienen estructura diversa según los casos y por este medio le fué dable precisar las indicaciones y contra indicaciones de la sección según la textura de la brida, factor que era imposible resolverse, salvo excepciones, cuando para la sección se empleaba el control radioscópico.

El instrumental con el cual operaba Jacobaeus, se componía de un pleuroscopio, provisto de prisma, de un galvano cauterio y de las correspondientes cánulas y trocards. Los trabajos posteriores de médicos y fabricantes han perfeccionado el instrumental de Jacobaeus, citándose en especial las modificaciones de Kremer, Unvericht y Maurer.

Los primeros han hecho construir una cánula flexible que permite cambiar las asas galvánicas sin necesidad de emplear otra cánula, así como también han modificado la cánula del toracoscopio, permitiendo la salida del humo, lo cual obscurecía el campo operatorio; por último, Maurer de Davos ha añadido el galvano cauterio, la electro coagulación, lo que presenta grandes ventajas para la sección de las bridas muy vascularizadas.

Con estas modificaciones en el instrumental, la operación resulta sumamente sencilla, y permite ponerse a cubierto de algunos accidentes graves.

Al discutir la oportunidad de la intervención, hay que tener presentes algunos factores. En primer lugar, no todas las bridas deben seccionarse. Unas por su estructura y otras porque no se oponen al colapso satisfactorio del pulmón.

Fundamentalmente las bridas están constituídas por una envoltura serosa y un armazón conjuntivo-vascular. Existen otras con tejido pulmonar en su interior y por último, las formadas en el curso de los derrames pleurales, que son verdaderos copos fibrinosos suspendidos.

Fácilmente, atendiendo tan sólo a la estructura de la brida, se comprenden los riesgos, la inutilidad o la necesidad de seccionarlas.

Inútil, salvo excepciones, seccionar las desarrolladas en el curso de los derrames pleurales: o son en capa, lo que hace imposible la sección, o bien cuando están suspendidas, se rompen espontáneamente con aumentar un poco la presión del neumotórax. Hay excepciones, sin embargo, en las cuales deben de seccionarse por haberse organizado rápidamente y resistir a la acción simple del neumotórax.

Como contra indicación absoluta, cuando menos en un momento dado, cuando existe tejido pulmonar y contra indicación relativa, cuando tienen gruesos vasos en su trama.

Empleando la electro coagulación, el peligro de la hemorragia es menor, pudiendo efectuar la sección en muchos casos.

Cuando no se tenga el instrumental de Maurer, se puede en estos casos de bridas muy vascularizadas, practicar tan sólo pequeñas cauterizaciones. Con esto se logrará el alargamiento de la brida y una sección posterior podrá efectuarse con un mínimo de riesgos.

Desde el punto de vista morfológico, se encuentran bridas anchas, gruesas y cordiformes. Las primeras pueden ser anchas en toda su extensión, o bien tan sólo en su extremidad costal o en la pulmonar.

Las bridas de implantación pulmonar ancha contienen casi siempre tejido pulmonar, no así aquellas cuya extremidad costal es más grande. En general se puede establecer fácilmente la existencia de tejido pulmonar en el interior de la brida, ya que siempre o casi siempre tienen una forma piriforme, continuándose sin ninguna demarcación con el muñón pulmonar Sin embargo, hay que observar cuidadosamete la brida, para no dejar, por el temor de hacer una perforación pulmonar, algunas simples láminas formadas tan sólo por tejido conjuntivo. Fácilmente se les reconocerá debido a que son muy delgadas; no así aquellas que contienen pulmón que por lo general son bastante gruesas.

Las bridas cordiformes varían mucho en su morfología. Algunas veces son simples hilillos, otras veces aparecen como cintillas de uno a dos centímetros de anchura. Su implantación tanto pulmonar como parietal es neta.

Por último, las bridas gruesas son aquellas cuya implantación tanto pulmonar como parietal está claramente limitada. Son por lo general bastante cortas; el peligro que presentan es el de la hemorragia que algunas veces ha llegado a ser fatal. Procediendo como dijimos anteriormente, con la electro-coagulación o con las cauterizaciones pequeñas, se logra disminuir el peligro operatorio. Son bridas que de no seccionarse, impiden casi siempre el buen desarrollo del neumotórax, obligando en muchos casos a proceder a otro método de colapso.

La coloración de las bridas es variable. Con frecuencia están recubiertas de una capa de fibrina, lo que les da una coloración blanco mate, pero salvo estos casos, se presentan de color rosado, grisáceo o rojo, dependiendo del estado de la pleura.

Se encuentran con mayor frecuencia en la mitad superior del campo pleuro pulmonar, pero las hay inferiores, netamente diafragmáticas.

En la indicación de la intervención, existen otros factores aparte de la textura anatócima de la brida, que deben de tomarse en consideración para decidirse a ella.

En primer término, el momento de la sección. Algunos, Coulaud entre otros, juzgan pertinente no hacerla antes de los seis meses de creado el neumotórax, debido a que hay muchas bridas que se rompen espontáneamente. Por nuestra parte, procedemos de una manera distinta: una vez logrado el neumotórax en el máximo desarrollo que permitan las bridas, evitando a toda costa las presiones positivos, inútiles y peligrosas, practicamos una torascoscopía. Si las bridas existentes son gruesas o de una textura que se juzgue difícil la sección espontánea, practicamos la neumolisis. Pero esta manera de proceder no la hacemos sistemática, puesto que en algunos casos: sedación completa de los síntomas funcionales, desaparición absoluta de la expectoración bacilífera principalmente, a pesar de la existencia de bridas,

comprobadas radiológicamente, nos abstenemente, nos abstenemos de practicar aun la endoscopía simplemente, ya que como es sabido, no es indispensable la abolición completa de la función pulmonar para obtener la cura de la tuberculosis.

Nuestra conducta operatoria la justificamos tomando en consideración lo siguiente: en primer término, el enfermo no corre ningún riesg cuando se practica la torascopía simple. En segundo lugar, abrevia notablemente la duración del neumotórax, ya que en vista del tiempo que deba mantenerse, hay que tomar precisamente en consideración la época en que haya desaparecido el bacilo de la expectoración.

En caso de lesión bilateral, es de gran interés proceder tan rápidamente como sea posible, a obtener el secamiento del pulmón secretante, ya que directa o indirecamente puede traer la agravación de la lesión opuesta.

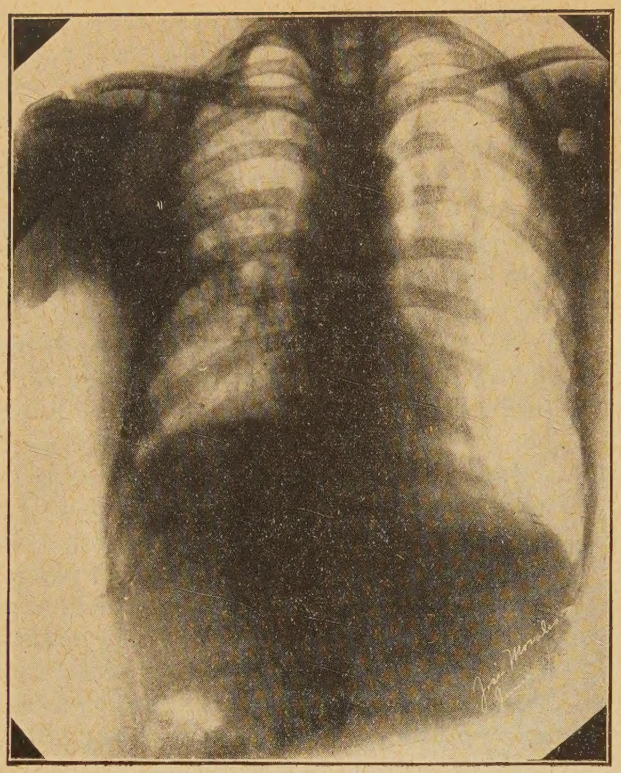
Eu suma, estamos de acuerdo con Coulaud respecto a que es conveniente esperar algún tiempo antes de seccionar las bridas, pero esta espera depende de los datos suministrados por la exploración dirceta por el toracoscopio, y siempre que no haya un estado pulmonar que amerite la sección inmediata: caverna estirada o desplazamiento del mediastino.

Podemos, pues, en resumen, precisar las indicaciones de la manera siguiente: 1, persistencia de la expectoración bacilífera; 2, desplazamiento del mediastino; 3, incompleta sedación de los síntomas funcionales y generales; 4, existencia de una lesión opuesta o en las partes superiores del árbol respiratorio, y 5, estiramiento por la brida de alguna caverna.

En lo que se refiere a la técnica, hay que proceder de la siguiente manera: se practica un examen radioscópico antes de la intervención, con el objeto de precisar el asiento preciso de la brida y saber en qué lugar habrá que introducir el toracoscopio, así como para darse cuenta de la topografía del neumotórax. Se inyecta morfina como una hora antes de la intervención, con el objeto de disminuir la tos. El enfermo se coloca en decúbito lateral, recostado sobre el lado opuesto al que se va a operar. Una vez elegido el sitio de la introducción, desinfectada la piel con mercurocromo, se procede a la anestesia. Esta será local con novocaína al uno por ciento, teniendo cuidado de que el dermis y la pleura queden completamente anestesiados, ya que son las partes principalmente sensibles. La zona de anestesia será de unos dos centímetros de longitud. Después se practica la sección de la piel con el objeto de hacer menos presión en el momento de introducir el trócar y evitar al enfermo la sensación penosa de romper la piel por medio del trócar. Una vez seccionada la piel, se introduce el trócar provisto de la cánula. La salida del aire por la misma, y la sensación de libertad del cabo terminal, indican que se ha llegado a la cavidad pleural. Se retira el trócar dejando la cánula y se introduce el toracoscopio. Una vez localizada la brida, se elige el sitio de penetración del cauterio, haciendo la misma anestesia e incisión que anteriormente se había practicado. El resto de la operación se comprende, se hará la sección a la vista. Una vez terminada, se retiran los instrumentos, se coloca una grapa en el sitio de las perforaciones y se coloca un apósito simple. Es conveniente practicar una inyección de sédol para evitar la tos y la producción de enfisema subcutáneo.

Los accidentes que pueden presentarse son: 1, enfisema subcutáneo o profundo; 2, lesiones del paquete vásculo nervioso intercostal; 3, perforación pulmonar, y 4, hemorragia pleural.

El enfisema carece de gravedad No hay manera de evitarlo en todos los casos Hemos logrado disminuir la frecuencia de su aparición dejando el neumotórax a una presión francamente negativa. El peligro que presenta, es la descompresión brusca del pulmón y en caso de no vigilarse, puede ocurrir la sínfisis inter-pleural consiguiente. Por este motivo, deberá en estos casos practicarse al día siguiente un examen radioscópico para darse cuenta del estado de la burbuja. Aparte de este peligro, no es inquietante la aparición del enfisema, el cual acaba por desaparecer espontáneamente tres o cuatro días después. Las lesiones del paquete vásc-

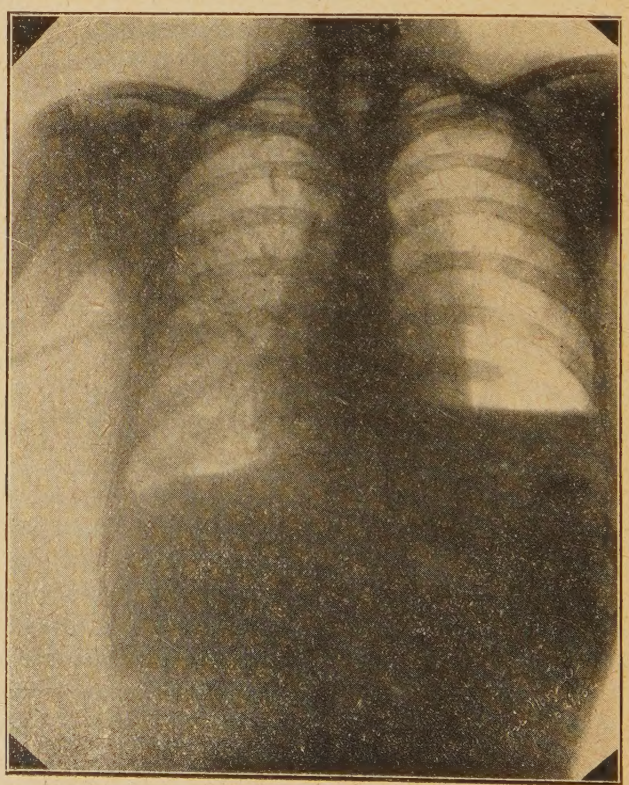


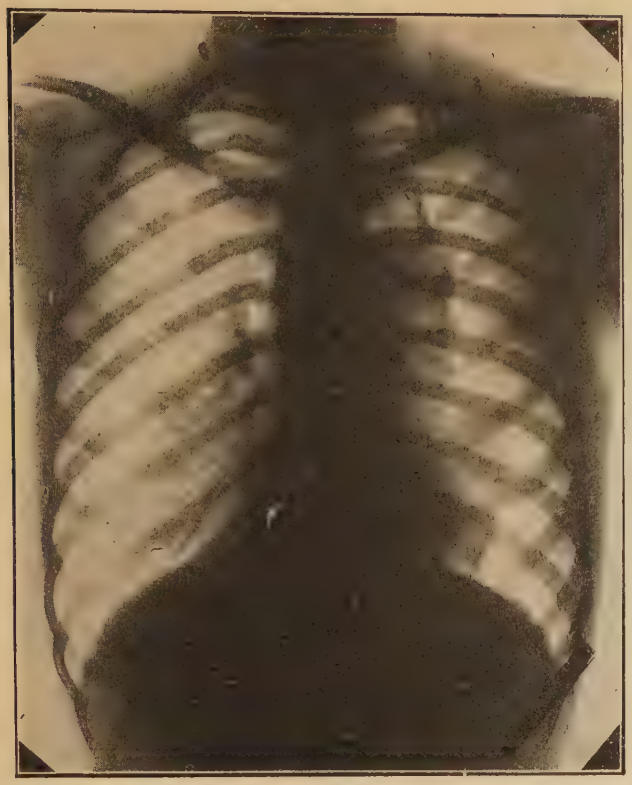
Antes de la Neumolisis.

Neumotórax izquierdo que estira una cevarna de la parte media. Lesión derecha.

Después de la Neumolisis.

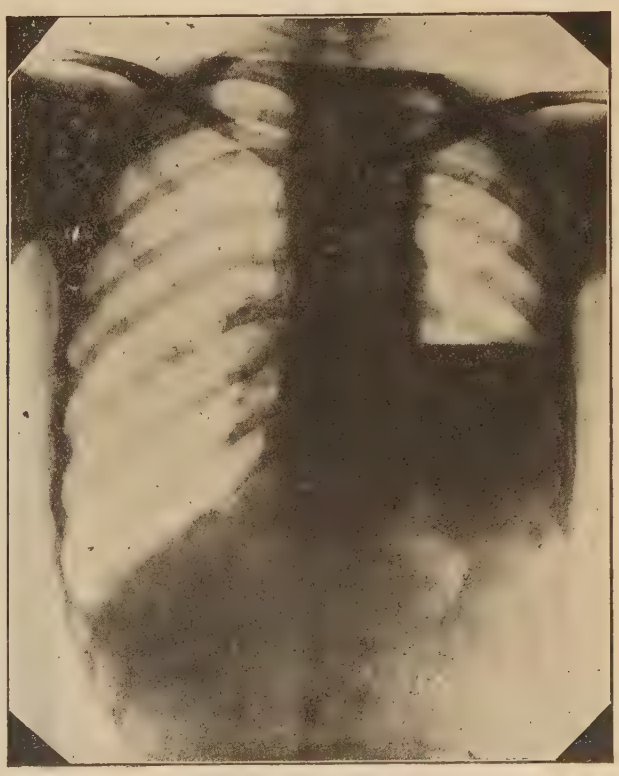
Nótese la desaparición completa de la caverna y la mejoría en el pulmón derecho.





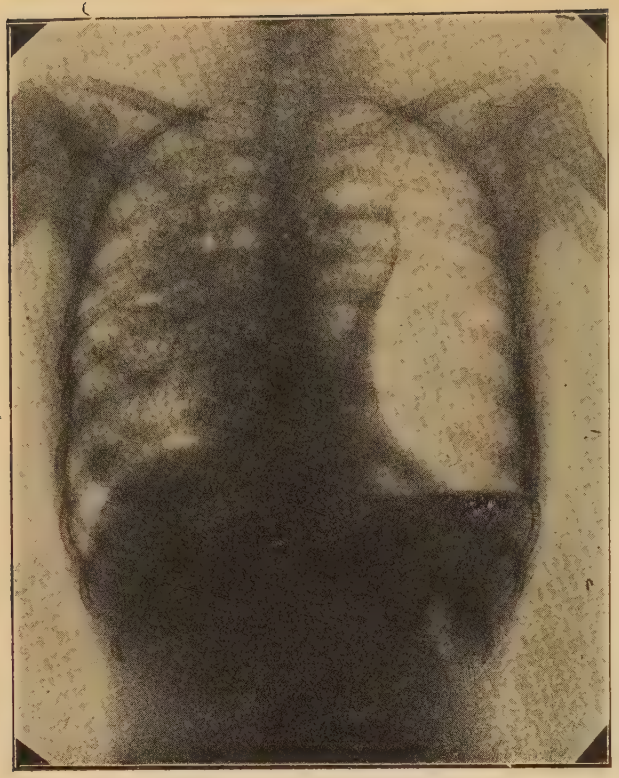
Antes de la Neumolisis.

Neumotórax bilateral. Tres cavernas estiradas en el lado izquierdo.



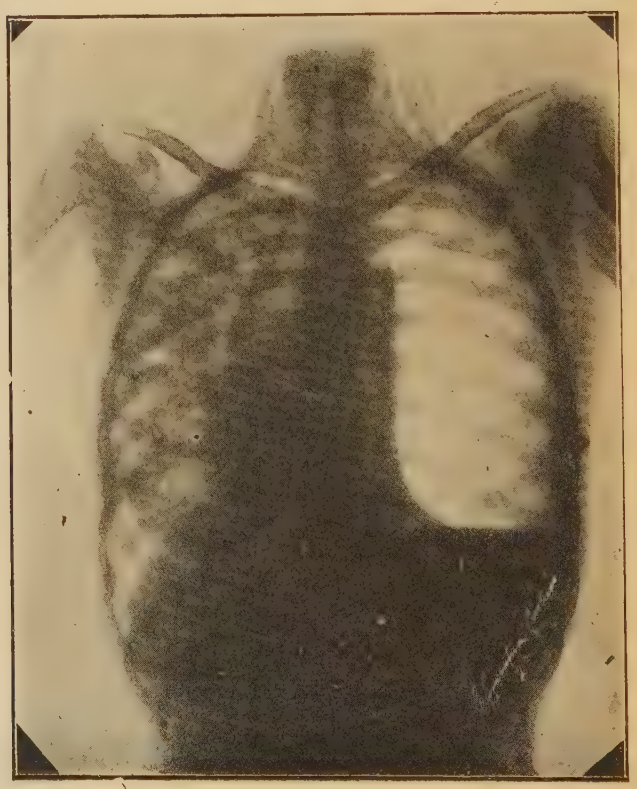
Después de la Intervención.

Neumotórax bilateral. Se observa el cerramiento completo de las cavernas en el lado izquierdo.



Antes de la Neumolisis.

Gran caverna estirada por una brida cordiforme.



Después de la Intervención.

Desaparición completa de la caverna.

lo-nervioso intercostal consisten principalmente en signos de neuritis y más raramente en hemorragia. En general no son graves y las molestias ocasionadas, principalmente las algias, desaparecen casi siempre al cabo de pocos días. En caso de sección de los vasos, habrá que recurrir a la ligadura.

Los accidentes más graves, muchas veces mortales, son la perforación pulmonar y la hemorragia pleural.

Estos accidentes casi siempre son evitables si se examina cuidadosamente la constitución de la brida.

La perforación pulmonar puede matar al enfermo en pocos días o aun en pocas horas por un neumotórax sofocante. Para corregir la disnea y la compresión brutal del pulmón, se coloca la cánula de Cardis, la cual por un mecanismo de válvula permite la salida del aire. Si la perforación es pequeña, puede curar sola; en caso contrario, y siempre que las condiciones locales y generales del enfermo lo permitan, habrá que practicar una toracoplastía extra-pleural casi de urgencia, con pocas probabilidades de éxito, debido a la infección de la serosa. El pronóstico es, pues, sumamente delicado.

Ya habíamos tratado el asunto de la hemorragia. Se presenta por lo general en casos de bridas crotas y gruess. El empleo de la electro-coagulación o el de las cauterizaciones incompletas, permiten el alargamiento paulatino o el cerramiento de los vasos, y una sección posterior puede practicarse con poco riesgo. Tenemos una observación de esta saturaleza con resultado satisfactorio.

En cuanto al tratamiento, si se logra ver lo que casi siempre ocurre, salvo en casos de hemorragia secundaria, el sitio de la hemorragia, se coloca una pinza que existe al efecto y que se retirará dos o tres días después. En cuanto al tratamiento, será el de todas las hemorragias y dependerá de la intensidad de ella.

Las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia son de orden inflamatorio, es decir, las pleuresías. El tratamiento dependerá de la naturaleza y consistirá según los casos, en toracoplastías, pleurotomía, lavados pleurales, punciones repetidas con insuflación de aire, etc.

Por nuestra parte, no hemos tenido que lamentar hasta la fecha ningún accidente ni complicación graves. En casi todos, enfisema subcutáneo. En dos, algias correspondientes al nervio intercostal y en un caso, derrame pleural que no podemos atribuir a la neumolisis por haberse mostrado exclusivamente bacilar al examen bacterioscópico.

Practicada con mesura y corrección, la operación de Jacobaeus permite evitar muchas complicaciones del neumotórax, así como mejorar los resultados del método de Forlanini.

BIBLIOGRAFIA

1.—Intrapleural pneumolysis. B. Noland Carter The American Review of Tuberculosis September 1931.

2.—Intrapleural pneumolysis. Lincoln Fisher. The American Review of the Tuberculosis. September 1931.

3.—Brissaud. Section de brides par la methode de Jacobaeus. Revue de la Tuberculose. Avril 1930.

4.—Couland. La liberation des brides adherentielles dans le pneumothorax artificiel par la metode de Jacobaeus. Revue de la Tuberculose. Avril 1930.

5.—Kovats Le role des adherences et de la mobilite du medistin dans le traitement par le pneumothorax artificiel. Revue de la Tuberculose. Janvier 1932.

6.—Maurer. Cauterisation des adherences dans des cas de pneumothorax incomplets. Revue de la Tuberculose. Avril 1930.

La Diatermocoagulación de las Estenosis Filiformes de la Uretra

Dr. Samuel Aguilar Sarmiento

PRONUNCIARSE en contra de la clásica uretrotomía interna podrá parecer una herejía a los urólogos ortodoxos, y una audacia sin límites a los que acostumbran transitar por caminos trillados, sin detenerse a buscar otros nuevos y quizá más expeditos.

Pues bien, yo voy a cometer tal desacato, porque creo haber encontrado un camino nuevo y mejor.

Todo urólogo sabe que la uretrotomía interna es una operación sencilla y generalmente exenta de accidentes post-operatorios. Sin embargo, no deja de ser una intervención en la cual alguna vez se presentan dichos accidentes: hemorragia, infección local y a veces general. Además, muchos médicos acuden a la anestesia intra-raquídea, conducta que resulta paradójica, si se tiene en cuenta la pretendida inocuidad de la uretrotomía; es decir, que para una operación pequeña se emplea una anestesia cuyos peligros pueden ser mayores que los de la intervención misma.

A pesar de la sencillez de su técnica y aun cuando no haya ningún accidente, la uretrotomía interna obliga al enfermo a guardar cama durante dos o tres días—a veces más—con su sonda permanente.

Pero aun hay más. La objeción verdaderamente seria que se puede hacer a la mencionada operación, es la falta de resultado lejano, la recidiva de la estenosis, cuya amenaza obliga al operado a sujetarse periódicamente y de por vida a las dilataciones uretrales. Sin este requisito su uretra volverá fatalmente a estrecharse, volverá a necesitar laboriosas y lentas dilataciones, y muchas, muchísimas veces—por el abandono de los pacientes en nuestro medio social—será menester una nueva uretrotomía interna, si es que la infranqueabilidad uretral y sus consecuencias no reclaman ya la uretrotomía externa.

¿Quién de nosotros no recuerda la llegada a su consultorio de estos antiguos estrechados, con los surcos del sufrimiento en su semblante, con la intoxicación urinaria pintada en el rostro y relatando la ya sabida historia de sus varias recaídas, de sus numerosas uretrotomías? Yo recuerdo el caso de un viejo paciente que había soportado ¡diecisiete uretrotomías internas! y una externa, sin que por ello se hubiera librado—claro es—de nuevas y cada vez más difíciles dilataciones uretrales.

Libertar a estos enfermos de la esclavitud de las dilataciones periódicas sería un ideal, y cuando empezó a practicarse la electrolisis uretral se tuvo la esperanza de haber avanzado algo hacia dicho fin. ¡Cuán amarga decepción tuvieron enfermos y médicos al observar que muy al contrario, las recidivas con tal procedimiento eran más precoces. La electrolisis lineal—la circular no merece ni mencionarse—era una operación muy fácil, muy brillante; pero sus resultados eran desastrosos, pues las estenosis consecutivas eran mucho más duras que las que había destruído, a tal grado que no

poca ocasiones reclamaban la uretrotomía externa.

La observación continua del fracaso o, por mejor decir, de la inutilidad de tantas uretrotomías, la vuelta constante de la estenosis, las consecuencias a veces graves de las recidivas, originando periuretritis, fístulas y hasta infecciones ascendentes del árbol urinario, me indujeron a intentar los primeros tratamientos de las estenosis uretrales por medio de la diatermocoagulación.

Hasta hoy, que yo sepa, nadie ha intentado practicar dicha operación reglada en la forma que voy a exponer, en sustitución de la uretrotomía interna hecha con el uretrotomo de Maisonneuve o con cualesquiera de sus variantes o midificaciones. Creo, pues, ser el primero en aplicar la diatermocoagulación a las estenosis filiformes de la uretra.

¿Qué ventajas ofrece este procedimiento sobre la clásica uretrotomía interna? Para hacerlas resaltar, voy a exponerlas parangonándolas con los inconvenientes de la operación antes mencionada.

Sencillez de la técnica

Es cierto que la técnica de la uretrotomía interna es muy sencilla y está al alcance de todo médico, y como pudiera pensarse que la diatermocoagulación sólo podría ser practicada por especialistas o requerir un aprendizaje laborioso, deseo desechar de vuestra mente toda idea de dificultad, de exclusividad y hasta de misterio, cualidades de que suelen adornarse estas prácticas fisioterapéuticas. No hay nada de eso. Basta tener un buen aparato de diatermia y saber lo que es la diatermocoagulación, conocimiento y aparato que por ahora están al alcance intelectual y económico de cualquier médico y más de los que se asoman al campo seductor de la Urología.

La diatermocoagulación de las estenosis uretrales es, pues, tan sencilla como pasar una sonda. No requiere gran preparación del enfermo ni gran instrumental, y después de ser practicada, el paciente se marcha por su propio pie a su domicilio. De la manera que de operación de quirófano se convierte en curación de consultorio.

La anestesia

En tanto que la uretrotomía interna clásica requiere a veces la anestesia general y muchas la raquídea, la diatermocoagulación no necesita para ser practicada más que una sencilla anestesia intra-uretral con solución de novocaía al 5% y aun puede ser efectuada sin anestesia previa.

El shock

En la uretrotomía interna hay siempre shock operatorio, por pequeño que sea, en tanto que la diatermocoagulación no produce ningún traumatismo operatorio; el enfermo no sufre absolutamente ningún trastorno propio del shock.

La hemorragia

La hemorragia es inseparable compañera de la uretrotomía interna clásica. Es verdad que las porciones estenosadas, por estar constituídas de tejido escleroso, casi no sangran; pero hago referencia sobre todo a las hemorragias post-operatorias, que a veces se prolongan demasiado, llegando a constituir un accidente serio. En algunas ocasiones son tan pertinaces que hacen necesaria la permanencia de la sonda durante cuatro, seis y hasta ocho días.

Nada de ello ocurre en la diatermocoagulación, por la propiedad esencial que tiene la corriente de alta frecuencia de obturar las boquillas vasculares. La coagulación de la pared de los vasos impide la salida de sangre y efectúa, pues, un hemostasia automática.

La sonda de permanencia

Algunas veces ocurre que después de practicada la uretrotomía interna con el uretrotomo de Maisonneuve, es muy difícil o hasta imposible el paso de la sonda de extremo cortado. Ello es debido a que dicha sonda se detiene en la porción no seccionada de la estenosis, en la pared inferior de la uretra. Hay manera de vencer este obstáculo; pero no voy a hablar de eso, sino a hacer resaltar precisamente la inutilidad de la sonda cuando se practica la diatermocoagulación.

El objeto de la sonda permanente es adaptarse a los bordes de la sección hecha por el uretrotomo, cohibiendo así la hemorragia y moldeando de paso la uretra para mantener el calibre obtenido en la operación. Pues bien, cuando se ha hecho la diatermocoagulación no tiene ningún objeto el dejar sonda permanente; porque según he dicho, no hay hemorragia qué cohibir, y tampoco hay que mantener ningún calibre, puesto que faltalmente al caer la escara de coagulación quedará suficientemente amplia la región estenosada. Aun más, está contraindicado el paso de cualquier instrumento después de esta intervención para no traumatizar la zona coagulada, cuya escara ha de caer por sí sola, como fruta madura—valga el símil—cuando el proceso de eliminación llegue a su término y el tejido subyacente se haya reparado por completo.

La infección

Como toda operación cruenta, la uretrotomía interna abre puertas de entrada a la infección y algunas veces, después de verificda se producen fenómenos febriles cuya causa es la absorción microbiana o simplemente tóxica por la superficie de sección, máxime si se trata de enfermos con orina infectada, como son en su gran mayoría los estrechados. Este peligro, que en unas ocasiones es pasajero, pero que en otras se prolonga y puede constituir un serio contratiempo, no existe, no puede existir después de una diatermocoagulacin intra-uretral, y ello por dos razones: la primera porque según he dicho, la coagulación producida por la corriente de alta frecuencia obtura la luz vascular, tanto de los capilares sanguíneos como de los conductos lifáticos y cierra así el camino a toda penetración microbiana o tóxica. La segunda, porque la temperatura a la cual se elevan los tejidos al coagularse esteriliza automáticamente la superficie tratada, de manera que aun cundo se cometiere alguna falta de asepsia o aun cuando se trabaje en una cavidad completamente infectada—como es la uretra de casi todos los estrechados—no hay ningún temor de infección ni de absorciones tóxicas.

Profundidad de acción

Es interesante observar que en la uretrotomía interna clásica únicamente se secciona la región esclerosada, se abre por uno o varios cortes un tejido cicatricial que luego, naturalmente, tiende a constituir una nueva y aumentada fibrosis.

En cambio, hay que insistir en el hecho de que con la diatermocoagulación no vamos a hacer una sección, sino vamos a destruir por coagulación toda la zona esclerosada, la cual se ha de eliminar por completo. La acción destructiva no se concreta al punto que toca el electrodo activo, sino va más allá, a una profundidad y a una extensión donde no alcanza la cuchilla, abarca una zona más amplia que al eliminarse dejará una superficie nueva y semejante a la normal en cuanto a clasticidad. De ello voy a hablar en seguida.

La cicatriz

He aquí verdaderamente la mayor ventaja de la diatermocoagulación. Es precisamente la contrapuesta a la objeción mayor, de que hablé al principio, que se puede formular contra la uretrotomía interna en la forma que hasta hoy se ha practicado. Dije que fatalmente la estrechez recidiva y que los enfermos deben sujetarse periódicamente e ineludiblemente a las dilataciones uretrales. He aquí por qué los urólogos han predicado en todos los tonos que la uretrotomía interna no es más que el primer tiempo de las dilataciones uretrales y jamás un tratamiento radical y definitivo. Claro es que alucinados por el optimismo al ver saltar de nuevo el potente surtidor de orina donde unos días antes sólo salían unas cuantas y distócicas gotas, el enfermo—y a veces también el médico, fuerza es confesarlo—se olvidan de todas las predicaciones de los maestros: "Vox clamantis in deserto."

La razón de aquel fenómeno clínico, la vuelta de la estrechez, es netamente anatomopatológica. El tejido cicatricial que se forma después de la sección uretral no es ni más ni menos que el mismo que antes existía, sólo que aumentado: está constituído por la antigua infiltración embrionaria que lenta-

mente se ha ido transformando en tejido de esclerosis, hasta ahogar las estructuras histológicamente normales. De tal manera, la cicatriz consecutiva a la uretrotomía es fibrosa, dura, retrcátil y tiende a reproducir, aumentada, la estenosis.

Nada de ello ocurre con la cicatriz que deja la diatermocoagulación, y esta bella cualidad de la corriente de alta frecuencia fué la que me indujo a empelarla en dichos casos. La zona esclerosada se destruye primero, se elimina después y la cicatriz consecutiva es blanda, no fibrosa, no retráctil y por conosiguiente flexible, dilatable y sin tendencia manifiesta a constituir nueva estrechez. A tal grado es esto verdad, que en los enfermos tratados por el procedimiento que preconiza, al pasarles después de caída la escara un grueso Beniqué, en lugar de percibir aquella sensación callosoa y hasta pétrea de la región antes estenosada, se percibe muy al contrario una sensación normal, tanto, que no encuentro otro parangón más elocuente que el de la sensación de estar tocando con el dilatador una asa intestinal y no una uretra.

TECNICA

Preparación previa del enfermo

Hay que distinguir dos casos, según se trate de un enfermo con estrechez relativamente amplia o dilatable, o al contrtario, con estenosis apenas franqueable o verdaderamente filiforme. En el primer caso se puede proceder desde luego a la diatermocoagulación inmediata, con sólo cerciorarse del paso de una bujía o candelilla dilatadora número seis u ocho de la escala francesa. En el segundo caso, es decir, si se trata de una estrechez difícilmente franqueable, puede procederse de dos maneras, según la urgencia. Si ésta existe, se deja colocada la bujía conductora durante veinticuatro horas al cabo de las cuales ya puede hacerse la intervención; pero si no hay gran urgencia y las condiciones del enfermo no son apremiantes, es preferible, después de las primeras veinticuatro horas, continuar con las dilataciones por medio de candelillas hasta alcanzar el calibre seis u ocho ya mencionado. Esta última conducta es preferible; pues con ella se amplía y reblandece un poco la región estenosada, facilitándose más el paso del electrodo y hasta evitando una posible ruptura de la bujía conductora.

Anestesia

Como hé dicho antes, basta una sencilla anestesia local intra-uretral con diez centímetros cúbicos de una solución de novocaína al cinco por ciento. Pero según he podido observar, puede verificarse la diatermocoagulación sin ninguna anestesia previa, en virtud de que la duración es muy breve y además, como únicamente se insensibiliza la mucosa uretral y la corriente tiene una penetración mucho mayor, resulta que el enfermo siempre experimenta cierta sensación calórica y algo dolorosa en los tejidos profundos.

Electrodos

Dos electrodos son necesarios para la práctica de esta operación: uno indiferente y otro activo. El electrodo indiferente está constituído por un cinturón compuesto de una serie de placas articuladas y cambiables sujetas por un cinturón elástico y que se adapta a la cintura del enfermo. El electrodo activo está constituído por un tallo semi-rígido, y ligeramente curvo y aislado en toda su extensión, excepción hecha de su extremidad anterior, que presenta un asa destinada a verificar la diatermocoagulación en las paredes superior e inferior de la uretra. En general, el electrodo afecta la forma del tallo de un uretrotomo de Maisonneuve.

Preparación del aparato

La preparación del aparato de diatermia es de suma importancia, pues de ello depende el éxito de la operación. En primer lugar, es necesario disponer de un buen aparato cuyo amperaje sea lo suficientemente alto para producir una perfecta coagulación Además, es conveniente que se le pueda adaptar un interruptor de pedal o switch de pie, para que la duración del paso de la corriente pueda ser perfectamente controlada por el operador.

La intensidad necesaria es de unos 1,000

miliamperios, y para obtenerlos en el momento de la coagulación, es conveniente graduar previamente el aparato. Para ello acostumbro, antes de conectar al enfermo, hacer un corto circuito con los cordones de conexión, de tal manera que se obtengan 3,000 miliamperios. En estas condiciones, el amperaje asciende a 1,000 en el momento de la coagulación.

Modus Operandi

Una vez hechos todos los preparativos de que se ha hecho mención, se pasa una bujía conductora, se cerciora uno de que ha penetrado a la vejiga, se atornilla el electrodo activo y se procede en general como si se verificara la uretrotomía interna clásica, con la única diferencia de que no se pasa ninguna cuchilla, sino que se va introduciendo el electrodo hasta llegar a un punto estrecho en el cual no avance; en ese momento se hace pasar la corriente durante un tiempo que está en relación con el grado de la estrechez, pero que en general no pasa de unos cuantos segundos. Hay una sensación especial de facilidad para seguir introduciendo el electrodo y que únicamente da la práctica. Al llegar a una nueva estenosis se procede de la misma manera, y así sucesivamente en todos los puntos estrechos. Después de llegar a la vejiga se saca el electrodo, verificando de nuevo la coagulación en los mismos puntos en que antes se hizo, y así queda terminada la intervención.

Periodo post-operatorio

Después de verificada la diatermocoagulación, el enfermo se va tranquilo y por su propio pie a su domicilio; algunos pueden dedicarse a sus ocupaciones y no ha faltado quien se diera al baile y la bebida (afortunadamente sin consecuencias); pero en general yo les aconsejo guardar reposo el día de la intervención y les prescribo, por exceso de precaución, urotropina o neotropina al interior.

Según he dicho antes, no hay hemorragias, no hay fiebre y no hay necesidad de sonda permanente. A lo más ocurre una insignificante salida de gotas sanguinolentas, debidas al traumatismo del electrodo y lige-

ANEMIAS

Graves: Biermer, etc.
Palustres: Insuficiencia Hepática
Secundarias: Tuberculosis, Endocarditis, Nefritis, etc.
Post-Hemerragias: Operaciones, Partos, etc.
Consecutivas al TRATAMIENTO RADIOTERAPICO
Son Justiciables del

Tratamiento de Whipple por el HEPATROL

Extracto de Hígado Hidro soluble en Ampulas Bebibles

A. ROLAND, 31 Rue des Francs Bourgois, PARIS (IVo)

Para literatura, diríjase a los Representantes Generales para la República Mexicana

Albert KREMPER & Cía. Calle de Revillagigedo 61 México, D. F.

ra molestia en las primeras micciones. Todo ello es pasajero y se alivia con un baño de asiento bien caliente.

La única manifestación ostensible de su operación—y de ello conviene advertir al enfermo—es un flujo seroso o serosanguinolento que escurrirá de su uretra durante unos cuantos días y que no debe alarmarnos; es sencillamente el proceso normal consecutivo a toda diatermocoagulación, signo de la necrosis en que cae la zona coagulada y manifestación de un ligero proceso inflamatorio de la mucosa circundante, proceso que no impide al operado orinar desde luego con un chorro más grueso y sin la menor molestia.

Al cabo de doce días, más o menos, comienzan a desprenderse y se van eliminando las escaras producidas por la diatermocoagulación en las zonas esclerosadas. En estos días puede observarse alguna gota de sangre en el meato o al terminar las micciones.

El resultado final no se obtiene, sin embargo, sino después de quince días. Hay que tener paciencia y esperar a que terminen por completo los fenómenos de alimentación, y hasta los veinticinco días más o menos, cuando ya está reconstituída y normalizada la uretra, se podrá pasar dilatadores cuyo calibre corresponda al electrodo empleado. Este paso de sondas no tiene por principal objeto—como en el caso de la uretrotomía interna—hacer dilataciones para mantener el calibre uretral, sino más bien cerciorarse de dicho calibre y del estado en que ha quedar el conducto.

Resultados cercanos

La mayor normalidad de la **"restitutio ad integrum"** ha quedado comprobada en los enfermos—pocos por desgracia—a quienes he podido practicar luego la uretroscopía con un uretroscopio de grueso calibre. En ellos he podido ver, coo única huella de su anterior estenosis, dos líneas blancas apenas perceptibles en las paredes superior e inferior de la uretra, líneas que corresponden a la zona de contacto con las dos asas del electrodo empleado, sin que ningún signo de infiltración dura, ninguna esclerosis ostensible de tales puntos denuncie la amenaza de un nuevo estrechamiento.

Resultados lejanos

¿Habremos llegado a desterrar definitivamente las dilataciones periódicas, de cuyas garras—por otra parte salvadoras—no escapa ningún operado de uretrotomía interna?

La respuesta definitiva, rotunda y terminante, sólo nos la puede dar el tiempo. Hasta hoy, en más de treinta enfermos tratados con mi método no he tenido noticia de ninguna recidiva; los seis primeros tienen ya dos años de operados; pero sólo cuando hayan transcurrido cuatro o más años podremos tener la certeza de que no vuelven a estrecharse de manera ostensible. Teóricamente así es de esperarse, y yo sinceramente creo que lo menos que habremos de conseguir será retardar mucho más tiempo las dilataciones consecutivas y que numerosos estenosados se libertarán para siempre de esa espada de Damocles que en forma de Beniqué pende continuamente sobre su uretra.

Si así fuera, si cuando menos tardara más de lo que hasta hoy tarda en volver la esclerosis, bastaría este solo hecho para dar la preferencia a la diatermocogulación en el tratamiento de las estenosis filiformes de la uretra.

"COLENOL"
Unico tratamiento por irrigación de las
INFECCIONES INTESTINALES
Solicite literatura a los representantes
LLANO Y CIA. S. EN C.
República del Salvador No. 51

EL

ULTRAGADOL

IRRADIADO
de sabor agradable

REEMPLAZA VENTAJOSAMENTE EL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO

LES

Etablissements Chatelain

París - FRANCE

Agentes en México:

A. RUEFF Y CIA.

Lucerna No. 7. MEXICO, D. F

ENDOCERVICITIS

Un remedio excelentísimo para estos casos es el uso de tapones calientes de

Antiphlogistine

amoldados justamnte a la bóveda vaginal, los que deben moverse cada seis horas.

Muestras y folletos a solicitud.

Denver Chemical Mfg. Company, Nueva York, N. Y.

Representados en México, por:

Sanborn, Hnos., S. A.

Av. Madero Núm. 4. México, D. F.

D. S. P. número 193.

La Droguería y Farmacia de Regina, S. A.

Ejerce en su Departamento de Farmacia una escrupulosa vigilancia para que las recetas de los Señores Médicos sean preparadas rigurosamente según su indicación y con productos frescos y de primera calidad.

SERVICIO ESPECIAL A DOMICILIO.

Abierto de 7.30 a. m. a 9.30 p. m.
Domingos, de 8 a 1 .

LLAMENOS POR TELEFONO Y SERA INMEDIATAMENTE ATENDIDO

DROGUERIA Y FARMACIA DE REGINA, S. A

5 DE FEBRERO Y REGINA.

Teléfonos:

Eric. 2-18-50 Mex. J-14-36.
Apartado 71-07. MEXICO, D. F.

Eugenio Villain

1a. Motolinía 13

Apartado 1166. México, D. F.

La Mejor Casa para Instrumentos de Cirugía, Muebles para Hospital y Consultorio.

Autoclaves y Esterilizadores Eléctricos.

Un solo Precio: EL MAS BAJO.

Una sola clase: LA MEJOR.

SEÑOR DOCTOR: Si no ha recibido usted mi catálogo No. 15, pídanoslo y a vuelta de correo lo recibirá.

Contribución de Patolgía Médica del Doctor Marañón
Hospital General de Madrid

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA DIABETES BRONCEADA

Por el Dr. E. Bonilla

LA observación reciente de un interesante caso de diabetes bronceada nos determina a hacer algunas consideraciones sobre dicha enfermedad, teniendo en cuenta su escasa frecuencia, sus dificultades diagnósticas con la enfermedad de **Addison** y la posible intervención en su patogenia de un factor suprarrenal.

Estudiaremos la diabetes bronceada desde estos tres puntos de vista:

1o.—RAREZA DE LA DIABETES BRONCEADA.—Señalada ya por **Trousseau y Troisier,** la primera descripción detallada de la diabetes bronceada la hicieron en el año de 1881 **Hannot** y **Chauffard**, en un trabajo sobre la cirrosis pigmentaria de los diabéticos.

Las publicaciones posteriores de **Letulle**, **Brault y Gallard**, **Barth, Pierre, Marie, Castaigne, Goucet**, etc., permitieron la completa constitución del sindrome.

La bibliografía es muy limitada: **Howard** (1) en 1918 pudo recopilar en la literatura setenta y cinco casos, y **Blanton** y **Healy** (2), en 1921, ochenta y cuatro casos, a los que añaden cuatro personales. En años ulteriores se han descrito algunos más.

Nuestra opinión, sin embargo, es que la diabetes bronceada debe ser más frecuente, pues seguramente existen casos atenuados o incipientes—los más interesantes—en los que no se llega a establecer el verdadero diagnóstico.

Se admiten, en efecto, diferentes formas clínicas, que acaso sean distintos estadios del proceso.

Según **Fiesinger** (3), habría una forma hipertrofia de hígado, esplenomegalia y a vecompleta, constituída por cirrosis—con hices ascitis—melanodermia y diabetes. Las formas incompletas las subdivide en: a) Cirrosis y melanodermia sin diabetes; b) Melanodermia y diabetes, sin síntomas hepáticos; c) Cirrosis y glucosuria, sin melanodermia; d) Representada únicamente por melanodermia.

Muchas veces, como sostienen **Lereboullet** y **Mouzon** (4), la diabetes aparece después de algunos años en los que el enfermo sólo presenta melanodermia y hepatomegalia.

2o.—DIFICULTADES DIAGNOSTICAS. —Cuando el sindrome de la diabetes bronceada o de la hemocromatosis—nombre empleado primeramente por **Recklinghausen** y aceptado por muchos autores—está completamente desarrollado, la duda diagnóstica es imposible. No ocurre así en las formas incompletas. Las melanodérmicas puras, son dificilísimas de diferencias de la enfermedad de **Addison**, como sucedía en la observación que ha motivado este trabajo.

En una y otra enfermedad nos encontramos con el dato fundamental de la melanodermia.

Repetidas veces hemos insistido nosotros (5 y 6), en que la melanodermia no quiere decir siempre enfermedad de **Addison**, pues puede encontrarse en muchos procesos. Es necesario fijarse en los caracteres de la pigmentación. La melanodermia típica del **Addison** se manifiesta por ráfagas de pequeños

lunares y se localiza en la cara, órganos genitales, línea abdominal, pezones, dorso de la mano—especialmente en las pequeñas articulaciones interfalángicas—y rayas de la palma. Las mucosas están pigmentadas. Cuando la pigmentación no tiene estos caracteres, o cuando falta en absoluto, lo que puede suceder—aunque muy raramente—el diagnóstico clínico del **Addison** es imposible.

En la diabetes bronceada, la melanodermia es más uniforme, con un tono gris de plomo, y las mucosas sólo se afectan muy pocas veces (**Helley**) y en forma más difusa.

La localización tegumentaria es idéntica. Como puede observarse, no se trata más que de pequeños matices diferenciales. Pero en la práctica nos encontramos que aun éstos que señalan los libros pueden faltar. Son muchos los casos—entre ellos el nuestro—de diabetes bronceada, en los que la pigmentación presenta los mismos rasgos que hemos citado como carcterísticos de la insuficiencia suprarrenal.

Además de la enfermedad de **Addison** pueden encontrarse—si atendemos sólo a la melanodermia—dificultades para diferenciar la diabetes bronceada de otros dos sindromes.

Uno de ellos es la neurosis pigmentaria de las abstinentes, o sea el sindrome de **Block** (7). En éste, la pigmentación—de origen ovárico—aparece en ráfagas difusas en la frente, mejillas y labio superior. Pero sobre todo el dato de la castidad forzada y la presencia de trastornos psiconeurósicos hacen imposible la confusión. El otro sindrome es el llamado por **Marañón** (8) virilismo bronceado. La melanodermia es completamente exacta a la del **Addison;** pero se diferencia de éste, por afectar a mujeres menopáusicas, corpulentas, pletóricas, hipertensas y con acentuados rasgos viriloides. Esta sintomatología parece ser opuesta también—como veremos más adelante—a la de la diabetes bronceada.

La melanodermia no nos sirve, por tanto, para el diagnóstico diferencial. Pero nos encontramos con que los demás síntomas de la insuficiencia suprarrenal—ya de por sí muy vagos—existen también en la diabetes bronceada con extraordinaria frecuencia. Así ocurre con el adelgazamiento y la astenia.

Y lo mismo con la hipotensión, de tan capital importancia en el **Addison.** Esta hipotensión—muy acentuada en la diabética bronceada que ha publicado **Sempau** (9), se debe a la cirrosis, según **Gilbert** y **Garnier** (10). Ello no es cierto, pues se observa en ausencia de modificaciones hepáticas.

Alguna significación pueden tener los antecedentes, toda vez que en la etiología de la diabetes bronceada se señala insistentemente al alcoholismo, y también—singularmente por **Mallory** (11)—la intoxicación por el cobre.

Conocido es el gran valor que se concede hoy a los datos constitucionales. En las formas primarias de la enfermedad de **Addison** (12) se encuentra una constitución hipoplásica—astenia general, con tendencia al infantilismo y estado tímico-lifático—. Pues bien: esta misma constitución se cita en muchos de los casos recientemente publicados de diabetes bronceada. Según **Marsch** (13), la hipoplasia genital es constante. Puede ser útil, como luego veremos, la exploración del sistema nervioso vegetativo.

Tenemos que recurrir a los datos de la-

AMBULANCIA

Perfectamente Atendida para enfermos no infecciosos

Servicio día y noche. - Precios muy reducidos

Pídala Ud. a la

Agencia Eusebio Gayosso

Av. Hidalgo No. 13

TELEFONOS:

Mexicana: L-00-13. L-80-13. L-10-06

Ericsson: Servicio por nombre.

Pida Agencia Gayosso

Señores Médicos: para los casos que Uds. crean conveniente proporcionaremos este servicio al precio mínimun posible

boratorio.

La hipocolesterinemia, muy frecuente—pero no constante—en los addisonianos, se observa igualmente en la diabetes bronceada **(Adler)**.

La acidosis, señalada por **Marañón** y **Morros** (14) en la insuficiencia suprerrenal, no debe existir en los casos incipientes de diabetes bronceada.

Después de nuestras investigaciones con **Moya** (15), es preciso considerar como dato favorable a la enfermedad de **Addison**, el aumento de velocidad de la sedimentación globular. La fórmula leucocitaria no tiene valor, por depender del estado linfático constitucional, con frecuencia idéntico en ambos procesos.

Pero lo más decisivo es la exploración del metabolismo hidrocarbonado, sobre todo con el estudio de la curva de glucemia.

En la enfermedad de **Addison** pueden existir **(Bonilla y Moya** (15), **Jiménez Díaz** (16) casos con glucemia en ayunas normal y hasta ligeramente elevada, si bien lo más frecuente es encontrar glucemias iniciales bajas.

Lo más importante **(Marañón)** (17) no es la cifra en ayunas, sino la inestabilidad en sentido descenden de la glucemia.

Algunas veces—y nosotros lo hemos visto con **Moya** (15)—la curva glucémica de los addisonianos puede ser algo elevada, semejante—por obedecer a la misma causa—a la de insuficiente hepática; pero casi siempre el comienzo es bajo y el aumento lento y prolongado. En cambio, en la diabetes bronceada la cifra inicial es ya algo alta y el aumento desde la media hora, intensísimo.

En una enferma que estudiamos con **Moya** (15), la curva glucémica, de 1,25, 1,66, 1,78, nos hizo rectificar por el de diabetes bronceada el primer diagnóstico—irreprochable por la sintomatología—de insuficiencia suprarrenal.

Marañón (17) ha propuesto la prueba de la insulina para el diagnóstico de la enfermedad addisoniana. La gran sensibilidad de estos enfermos, hace que reaccionen a pequeñas dosis (10 unidades), con acentuados descensos de la glucemia y de la reserva alcalina.

Diferentes autores como **Althausen** y **Kerr** (18), y muy recientemente **Root** (19) y **Allan** y **Constam** (20), llaman la atención sobre el escaso efecto terapéutico de la insulina en la diabetes bronceada, que provoca, además, bruscas reacciones hipoglucémicas. En la enferma antes citada **(Bonilla y Moya)** (15), los resultados fueron excelentes; pero era necesario manejarla con precauciones, por la acentuada hipoglucemia que sucedía, efectivamente, a cada inyección.

Los datos recogidos en este instituto por **Pardo** y **Martínez** (21) son poco demostrativos acerca del valor concedido por **Targowla** (22) a la ausencia de la hiperglucemia postmorfínica en los addisonianos.

Unicamente, por tanto, podemos llegar a un diagnóstico exacto investigando el comportamiento de la curva glucémica. Seguramente son de diabetes bronceada muchos de los casos publicados de enfermedad de **Addison** con curvas altas.

3o.— INTERVENCION DE UN FACTOR SUPRARRENAL.— La absoluta semejanza de la melanodermia bronceada con la addisoniana y la presencia de ambos procesos de astenia, hipotensión, adelgazamiento, sensibilidad a la insulina, etc., unidas a la identidad de los rasgos constitucionales, hacen pensar que en la patogenia de la diabetes bronceada intervenga un factor suprarrenal.

La diabetes bronceada es solamente uno de los cuadros clínicos de una alteración general—la hemocromatosis—debida a una perturbación—de causa hoy desconocida—del metabolismo del hierro, con fijación de pigmentos en diferentes órganos, que sufren subsiguientemente un proceso de esclerosis.

Según cual sea el órgano más afectado—hígado, páncreas, etc.—aparecerán las diferentes formas clínicas—cirrótica, diabética, etc.— de la hemoromatosis o hemosiderosis.

Es casi seguro que en todos los casos estén interesadas las suprarrenales, sobre todo en los sujetos con una constitución predisponente. La localización suprarrenal debe ser la más importante en las formas melanodérmicas puras, cuyo trastorno—en sentido diabético—del metaboliso hidrocarbonado, sólo se revela por el estudio de la curva glucémica.

Son casos que podríamos llamar de prediabetes bronceada.

Al acentuarse la slesiones de los otros organos a los que afecta el proceso, estos enfermos pueden convertirse en verdaderos diabéticos o en cirrósicos. Como diabéticos bronceados deben considerarse muchas de las observaciones publicadas de diabetes con enfermedad de **Addison**, como hicieron notar ya **Foá** y **Bittorf** (23).

Recientemente, **Marsch** (13), encuentra las suprarrenales atrofiadas en la autopsia de un caso de diabetes bronceada.

Otras veces, antes de desarrollarse el sindrome completo, la intensidad de las lesiones suprarrenales hace que los enfermos mueran como verdaderos addisonianos.

La hemocromatosis podría considerarse como un sindrome de los llamados por **Pende** (24) exoendócrinos.

El caso estudiado por nosotros es el siguiente:

Núm. 9169. V. A., 52 años, casada, de Collado-Villalba (Madrid).

Antecedentes familiares: Sin interés.

Personales: Menarquia a los trece años. A los veinte, varicela. Ha tenido cinco hijos. Dos murieron: uno a los tres meses y otro a los dos años. Este último de tos ferina. Los otrs tres viven y están sans. Embarazos y partos normales. No ha tenido abortos. A los cincuenta años, menopausia, sin más molestias que intensos sofocos que todavía persisten.

Enfermedad actual: Comenzó hace un año, con pérdida del apetito, estreñimeinto, atenia, adelgazamiento, cambio de color, prurito vulvar y parestesias en brazos y piernas.

Exploración: Hábito constitucional asténico, tipo I-II. Pero 38,500 kilogramos. Talla, 1,42. Melanodermia en ráfagas, localizada en la cara, pezones y manos (dorso de las pequeñas articulaciones interfalángicas y rayas de la palma). Numerosos lunares. Comisuras labiales y mucosa bucal, muy pigmentadas.

Aparato respiratorio: Normal.

al examen radioscópico: hilio pulmonar derecho moderadamente denso.

Circulatorio: Corazón asténico, con ritmo embriocárdico. Aorta normal en todas las posiciones. Tensóin: 10-7 (Tycos). Pulsaciones: 104.

Sistema nerovioso cerebroespina: Normal. Ligeras parestesias en los miembros.

Sistema nervioso vegetativo (doctor Vázquez): Reflejo óculo-cardíaco anfótropo = 29,90, normal. Vagal puro = 21 -|- 6 — 8, normal. Solar ortostático, 92, 132; positivo. Tono simpático, 132. Vagal, 40. Hipersimpático de más, 12; vagal, normal. Resumen: Hipersimpáticotomia, hiperexcitabilidad simpática.

Metabolismo basal: 3%.

Orina: Normal.

Sangre: Hematíes, 5.680,000; leucocitos, 5950; hemoglobina, 105% (Shali). Valor globular, 0,74. Fórmula leucocitaria: neutrófilos, 43; eosinófilos, 1; linfocitos, 54; monocitos, 1; transitos, 1. Total, 100. Sedimentación globular, 13,7. Colesterinemia (técnica de Bloor), 1,42. Curva de glucemia (Hagedorn), 1,05, 2,34, 1,97, con glucosuria positiva.

Prueba de la insulina: Glucemia inicial, 1,07; reserva alcalina, 61,7; tensión, 9-6; pulso, 96.

Inyección de 10 unidades de insulina.

10 m.	0,95	—	8-5	84
30 m.	0,78	—	—	—
60 m.	0,44	58-9	8-5	88
105 m.	0,47	58-9	9-5	92
150 m.	0,49	61-7	8-5	84

En las dos últimas determinaciones intenso sudor y mareo, sobre todo al cambio de posición.

La exploración clínica de nuestra enferma nos hizo pensar primeramente en la enfermedad de **Addison**. Si analizamos su sintomatología encontramo sen favor de esta hipótesis la melanodermia—completamente típica—la astenia y el adelgazamiento, asentando sobre un fondo constitucional característico. Sólo teníamos en contra el dato de la tensión arterial, que era normal. Como síntomas de abolengo diabético, debemos anotar el prurito vulvar y las parestesias.

Aunque cada día concedemos menor valor diagnóstico a la exploración del sistema nervioso vegetativo, se hacía difícil explicar en

una addisoniana la existencia de un estado simpáticotónico tan acentuado, como el que se descubría en nuestro caso.

Pero ello creemos útil realizar dicha investigación en circunstancias análogas

En cuanto a los datos de laboratorio, teníamos en apoyo del primitivo diagnóstico la fórmula leucocitaria y la habilidad descendente de la glucemia ante la inyección de sólo 10 unidades de insulina.

La resereva alcalina y la eritrosedimentación se pronunciaban en contra. La cifra colesterinémica era dudosa.

La evolución de la curva glucémica, con glucosuria positiva, a la hora de ingerir 25 gramos de glucosa, disipaba toda duda, permitiéndonos establecer en firme el diagnóstico de diabetes bronceada.

RESUME

Contribution à l'étude du diabète bronzé

L'observation d'un cas intéressant de diabète bronzé décida l'auteur à faire quelques considérations sur cette maladie, en vue aussi de sa fréquence limitée, de ses difficultés diagnostiques avec la maladie d'Addison et de la possible intervention, en sa pathogénie, d'un facteur suprarrénal.

Il fait cette étude sous trois points de vue:

1o.—Rareté de la maladie;

2o.—Difficulté de son diagnostic;

3o.—Intervention d'un facteur suprarrénal.

Il termine son étude par un bref exposé de l'histoire clinique de sa observation personnel.

Bibliografía:

(1) HOWARD: ' 'Hemochromatosis," **Oxford Med.**, No. 4, año 1918.

(2) BLANTON Y HEALY: "Hemochromatosis. Report of four cases." **Arch. int. Med.**, No. 27, 1921.

(3) FIESSINGER: Citado por Sempau, nota 9.

(4) LEREBOULLET Y MOUZON: "Le diabéte secondaire dans la cirrhose pigmentaire." **Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de París**, No. 45, 1922.

(5) BONILL9: "El diagnóstico de la enfermedad de Addison." **La Medicina Ibera,** No. 527, 1927.

(6) BONILLA: "Los síntomas clínicos y los datos de Laboratorio en el diagnóstico de la enfermedad de Addison." **Guipúzcoa Médica**, febrero 1928.

(7) Véase Bonilla: Insuffisance ovariénne, melanodermie et troubles psiquiques." **Revue Françaice d'Endrocrinologie,** No. 6, 1925.

(8) MARAÑON: "La edad crítica," segunda edición. Madrid, Ruiz, 1925.

(9) SEMPAU: "Sobre la diabetes bronceada." Trabajos del servicio de Patología Médica del doctor Marañôn, añ III, Madrid, Ruiz, 1929.

(10) GILBERT Y GARNIER: Citados por Sempau. Nota 9.

(11) MALLORY: ,'Hemochromatosis and chronic poisoning with copper." **Arch. Int. Med.**, No. 37, 1926.

(12) Véase Marañón: "Insuffisance surrénale primitive et secondaire." **Revué Française d'Endicronologie,** No. 6, 1929.

(13) MARSCH: "Hemosiderosis. A case of bronze diabetes with endocrine disturbances (sexual regression)", **Endocrinology**, No. 6, 1924.

(14) MARAÑON Y MORROS: "El equilibrio ácidobásico en la enfermedad de Addison." **El Siglo Médico,** No. 3848, 1927.

(15) BONILLA Y MOYA: "La sedimentación globular en la enfermedad de Addison." **La Medicina Ibera,** No. 511, 1927.

(16) JIMENEZ DIAZ: **"Archivos de Endocrinología y Nutrición,** No. 6, 1928.

(17) MARAÑON: 'Sur la pathogenie des accidents graves de l'insuffisance surrénale." **La Presse Medicale,** No. 13, 1929.

(18) ALTHAUSEN Y KERR: "Hemochromatosis. A report of three cases with results of insulin therapy in one case." **Endocrinology**, No. 5, 1927.

(19) ROOT: "Insulin resistance in a case of bronze diabetes." **New England Med. Jour.**, 1929.

(20) ALLAN Y CONSTAM: 'Insulin resistance in a case of bronze diábetes." **M. Clin. North America**, No. 12, 1929.

(21) PARDO Y MARTINEZ: "La prueba de la morfina en el diagnóstico de la insuficiencia suprarrenal." Sesiones Clínicas del Servicio de Patología del doctor Marañón. **La Medicina Ibera**, No. 719, 1931.

(22) TARGOWLA: "L'épreuve de la glycemie morphinique dans l'insuffisance surrénale." **La Presse Médicale**, No. 64, 1930.

(23) BITTORF: "Die Pathologie der Nebennieren und der Morbus Adisoni," Jena, 1908.

(24) PENDE: **Endocrinología**, tercera edición. Milán, Vallardi, 1922.

''PULMOSEPTINA''

Intensa Medicación Antibacilar para la Tuberculosis.

Fórmula del Dr. Salvador V. Altamirano de la Facultad de México

S. Zendejas

Exámen Dr. Perrin 11 de Abril 1932.
Bacilos de Koch moniliforme largo 320'7 por campo
Estreptococos numerosos.—Neumococos numerosos

Exámen Dr. Perrin 28 de Abril 1932
Bacilos de Koch paramoniliforme largo 5'5 por campo
Estreptococos no se observan.—Neumococos escasos

Examen Dr. Perrin 7 de Mayo de 1932.
No se observan fibrillas elásticas.
Bacilos de Koch 4.4 por campo agrupados.
Desintegración granulosa, fagocitosis.
Estreptococos no se observan.—Neumococos escasos.

No. de Registro 2429 (DOS AMPOLLETAS) Patente No. 1871

Casa Bezanilla

Aplicación Simultánea de Diatermia a dos o mas Enfermos con un solo Aparato

Dr, Samuel Aguilar Sarmiento

ESTA publicación no tiene más objeto que dar a conocer un procedimiento que considero útil.

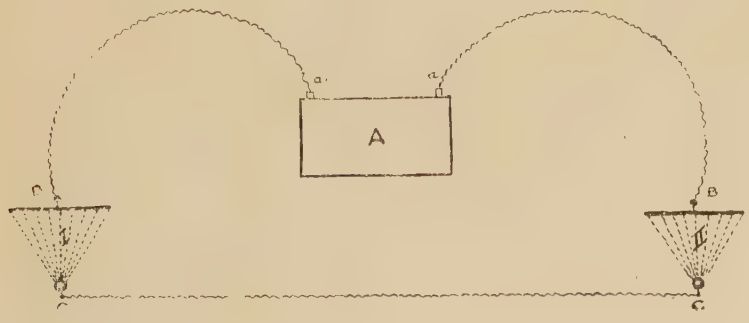
Cuando el médico sólo dispone de un aparato de diatermia y los enfermos por tratar son numerosos, lo más expedito en apariencia es disminuirles el tiempo de aplicación, pero ello redunda en perjuicio de los pacientes, porque no obtienen de tal terapéutica todo el beneficio que es de esperarse.

Los aparatos de construcción norteamericana, que son los más conocidos y usados entre nosotros, están dispuestos para la aplicación diatérmica a un solo enfermo, y únicamente los aparatos alemanes ofrecen circuitos independientes con bornas de conexión apropiadas para el tratamiento simultáneo de dos, tres y hasta cuatro enfermos. Naturalmente que estos aparatos son más costosos y—lo que es más importante—a pesar de lo que afirman los fabricantes, la independencia de los circuitos no es absoluta y se influyen mutuamente, dificultando en parte la exacta graduación de las intensidades u obligando a dar aplicaciones semejantes o que requieran amperajes casi iguales.

Las condiciones especiales de trabajo en los dispensarios públicos y más concretamente, la necesidad de tratar numerosos enfermos en un lapso limitado de tiempo y sin disponer más que de un solo aparato en la Sala de Diatermia del Dispensario Antivenéreo número 3 del Departamento de Salubridad Pública, me obligó a ingeniarme para aprovechar de la mejor manera posible aparato y tiempo tan reducidos.

El modo de proceder es muy sencillo; pero hay que cuidar de ciertos detalles que indico a continuación.

Suponiendo que vayamos a efectuar dos aplicaciones prostáticas, se dispondrán las conexiones en la forma que indica el esquema primero (fig. 1): Uno de los cordones que parten del aparato se conecta con la placa-electrodo indiferente o abdominal del enfermo número 1; el otro cordón semejante se conecta con la placa similar del enfermo número 2, y un tercer cordón une entre sí los dos electrodos activos.



A.—Aparato de diatermia, con a, a, sus bornas de conexión.

B, B.—Electrodos abdominales o indiferentes.

C, C.—Electrodos rectales o activos.

I y II.—Enfermos uno y dos.

Las líneas punteadas indican la dirección de la corriente diatérmica.

En el caso de que fueran tres o más los enfermos por tratar, bastaría con disponerlos de la manera que se muestra en el esquema segunda (fig. 2), a saber: los cordones que parten del aparato de diatermia se conectan con los electrodos más externos de los enfermos situados en los extremos, y luego todos ellos se conectan entre sí, de modo que el circuito quede cerrado.

En definitiva y para expresarlo sintéticamente: LOS PACIENTES SE COLOCAN EN SERIE.

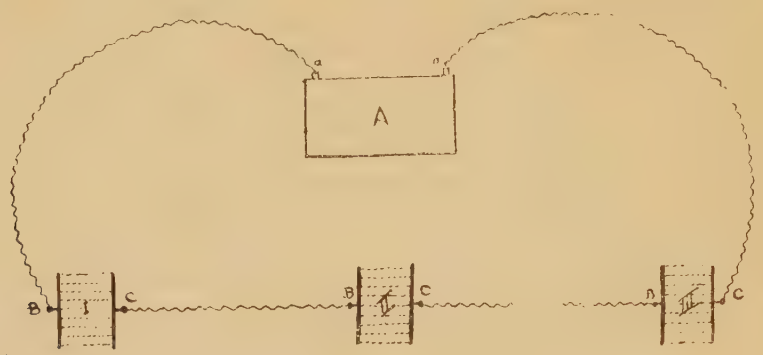


Figura 2:

A.—Aparato de diatermia, con **a**, **a**, sus bornas de conexión.

B, C.—Electrodos con sus conexiones.

I, II y III.—Enfermos uno, dos y tres.

Las líneas punteadas indican la dirección de la corriente.

Procediendo conforme a lo expuesto, no hay que aumentar sensiblemente el amperaje que se ha empleado para un solo enfermo, aun cuando se intercalen uno o dos más en el circuito, o dicho de otro modo: si para un solo individuo se han necesitado 1,000 miliamperios, para uno o dos más se necesitará lo mismo, ya que los 1,000 pasan a través de todos los individuos intercalados, haciendo subir en todos ellos la temperatura por igual. Si acaso—y como consecuencia del mayor volumen de tejidos interpuestos—habrá que ascender unos 100 miliamperios por cada uno de los individuos que se intercalen en el circuito.

Desde luego las cosas ocurrirían de muy distinta manera si los enfermos se conectaran directamente de las bornas del aparato; pues entonces por cada uno habría que aumentar duplicando, triplicando, etc, el amperaje inicial, y aun así las variaciones en la repartición individual del amperaje y de la temperatura serían tan grandes que harían imposible la aplicación.

Para el tratamiento simultáneo en la forma que describo, lo único necesario en cuanto a disposición del aparato es aumentar el volumen de la corriente, haciendo avanzar la aguja que lo regula, de tal modo que si para un enfermo está en 5 ó 6, para dos o tres se pondrá en 8 ó 9 (o la proporción correspondiente según la marca del aparato).

Lo verdaderamente interesante y sin lo cual es imposible el modo de aplicación que aquí propongo, es tener en cuenta algunos detalles de los cuales depende el éxito. Hay que llenar ciertos requisitos que expongo a continuación:

1o. — LOS ENFERMOS POR TRATAR HAN DE SER MAS O MENOS DEL MISMO VOLUMEN.

Este requisito tiene por objeto el que la capacidad y la resistencia eléctricas de los pacientes no varíe demasiado de uno a otro, pues de lo contrario las temperaturas obtenidas variarían sensiblemente.

2o.—SE HARA A TODOS LOS ENFERMOS EL MISMO GENERO DE APLICACION O APLICACIONES QUE REQUIERAN EL MISMO AMPERAJE.

Voy a explicarme. Las aplicaciones serán de preferencia todas prostáticas, uterinas, uretrales, etc.; pero esto no es forzosamente necesario; lo realmente indispensable es

que dichas aplicaciones requieran el mismo amperaje para alcanzar determinada temperatura. Así, en alguna ocasión he tratado simultáneamente a dos enfermos de aplicaciones disímbolas, por ejemplo, uno de diatermia testicular y otro de prostática, siempre que los dos soportaran 1,000 miliamperios.

3o.—LOS PACEINTES HAN DE TOLERAR MAS O MENOS LA MISMA TEMPERATURA.

Este último requisito es de primordial importancia para el éxito de la sesión, ya que de otro modo sería imposible el tratamiento simultáneo.

Procediendo con arreglo a la técnica que acabo de exponer, la aplicación se desliza con toda felicidad y puede prolongarse todo el tiempo que se desee. Las pequeñas diferencias de temperatura acusadas por los termómetros de cada enfermo, son completamente despreciables y no influyen en el resultado terapéutico.

No hay que inquietarse por el mayor calentamiento que sufre el aparato de diatermia, pues en el Dispensario número 3 del Departamento de Salubridad, hace tres años que se usa en esta forma y durante tres horas diarias, un parto "Tipo A" de Fischer y se encuentra en perfectas condiciones de funcionamiento.

Este método supone un ahorro considerable de tiempo, sobre todo en las clínicas del género a que me he referido y donde además se sacrifica un poco el pudor de los enfermos en aras de la necesidad.

Brindo estas sugestiones de técnica diatermoterápica a los médicos que quieran ponerlas en práctica, y espero que obtendrán de ellas el provecho que yo he obtenido. Siguiendo el procedimiento aquí esbozado no habrá prisas para el tratamiento y podrán prolongarse las sesiones de diatermia mucho más tiempo, única manera de conseguir resultados satisfactorios y razón por la cual yo he abogado siempre por las sesiones muy prolongadas.

La Tripaflavina en el Tratamiento de la Pústula Maligna

DR. CARLOS FINCK
(Colaboración Directa)

HE vacilado mucho antes de decidirme a a escribir estas cuantas observaciones personales de los efectos de la inyección intravenosa de solución de Tripaflavina, en la pústula maligna, teniendo en cuenta que aún es muy pequeño el número de casos tratados y por lo tanto, no puede concluirse todavía nada en firme.

Deseando cooperar hasta donde mi corta experiencia lo permite en el tratamiento de un padecimiento infeccioso en ocasiones grave, me he decidido a relatar estos casos sin tener la pretensión de haber hecho un descubrimiento; no he hecho más que utilizar una substancia que tiene grandes propiedades bactericidas, en el tratamiento del carbón humano, de la misma manera que ya se ha empleado en muchos otros padecimientos.

Sé que algún otro compañero ha tratado ya casos análogos, también con buenos resultados; sin embargo, hasta la fecha no se ha escrito nada sobre el particular.

Ojalá que algunos otros médicos que tienen oportunidad de observar casos de carbón en el hombre, prueben esta substancia que, como se verá más adelante, presenta algunas ventajas en la terapéutica del padecimiento que nos ocupa.

LA TRIPAFLAVINA

Fué obtenida por primera vez por L. Benda para los estudios de Ehrlich sobre la quimioterapia de las tripanosomiasis. Browning, discípulo de Ehrlich, describió las propiedades bactericidas de la tripaflavina y la introdujo en la terapéutica como antiséptico de las heridas. Desde entonces su campo de empleo se ha ensanchado considerablemente.

Composición química. — Es un cloruro de 3,6-diamino-10-metil-acridina.

Propiedades bactericidas. — En soluciones fuertemente diluídas la tripaflavina detiene el desarrollo de muchas clases de protozoos y bacterias. Ante todo tiene acción desinfectante sobre los gérmenes que infectan las heridas (pruebas de Kole, Ritz y Schlossberger en el Georg Speyer-Haus). Tiene acción fuertemente paralizadora del desarrollo sobre los microbios de la gangrena gaseosa, que como se sabe, tienen esporos muy resistentes. Sus propiedades bactericidas in vitro han sido comprobadas con una gran variedad de gérmenes, variando entre 1 por 300,000 y 1 por 800,000 la concentración de la solución suficiente para matar a dichos gérmenes en 24 horas. Sus propiedades bactericidas hacen posible el empleo de la substancia en la esterilización de la linfa vacunal y para la conservación de pruebas de sangre.

Modo de empleo y dosificación.—La Tripaflavina tiene que aplicarse por vía intravenosa forzosamente. Está contraindicada en la nefritis.

Si bien es cierto que en un principio se

emplearon dosis relativamente pequeñas de esta substancia, en la actualidad se emplean cantidades mucho mayores que están desprovistas de peligro siempre y cuando sean manejadas con cuidado y la vigilancia del paciente sea constante.

Farmacoligia. — Los principales estudios farmacológicos fueron hechos por Lenz y han sido publicados bajo el título de "Investigaciones sobre los efectos elementales farmacológicos en los grupos de la acridina y de acridino". Manejada con cuidado esta substancia está desprovista de peligros y si se tiene el cuidado de inyectarla lentamente, mezclándola bien con una pequeña cantidad de sangre, es excepcional que se presenten accidentes.

Difusión.—Como todos los derivados de la acridina, su poder de difusión es muy grande y a eso debe principalmente sus grandes cualidades terapéuticas.

Eliminación.—Introducida en el cuerpo por vía intravenosa, rápidamente aparece en la orina, el esputo pulmonar y la bilis.

Fotosensibilidad.—La tripaflavina es sensible a la influencia de la luz. Las soluciones diluídas se descomponen bajo a acción directa de la luz solar. Como quiera que la tripaflavina obra en alto grado como foto sensibilizador, los pacientes que han recibido inyecciones intravenosas de la substancia, no deben exponerse después de dicha inyección a la luz directa del sol, pues ello origina la aparición de eritemas que pueden llegar aún a a formación de ampollas. Esta fotosensibilidad puede anularse o por lo menos atenuarse mediante pequeñas dosis de resorcina (0,25 a 0,50 gr. al interior). Parece ser que en los individuos de nuestro pueblo esta fotosensibilización es muy pequeña, pues no la he visto aparecer en ninguno de los pacientes tratados, a pesar de que muchos de ellos tenían que sufrir durante cierto tiempo los rayos directos del sol, bien por la naturaleza de sus ocupaciones o bien porque para trasladarse a sus domicilios tenían que emprender caminatas un poco grandes.

EL CARBON HUMANO

Sabemos que habitualmente el hombre contrae el carbón por contacto con los despojos de animales muertos de fiebre carbonosa y menos frecuentemente, el contagio puede venir directamente del animal enfermo. Igualmente, el carbón industrial se puede observar en los obreros encargados de manejar los despojos mortales de estas bestias.

En nuestro país, donde la profilaxis de este padecimiento es casi nula y a donde es frecuente observar casos de esta naturaleza, he tenido oportunidad de ver el carbón agrícola como podrá darse cuenta cuando se trate el caso número 9 de los enfermos tratados.

Es, por lo tanto, sumamente importante hacer ver a nuestras autoriades sanitarias el interés que tiene emprender una enérgica campaña con el objeto de hacer disminuir el número de casos de carbón animal por medio de la vacunación preventiva, obligando a los dueños de ganados que se inhumen totalmente los cadáveres de animales muertos de fiebre carbonosa a una propiedad suficiente y sin permitir que se utilice ninguna de las partes de los restos mortales.

Pasaré por alto todo el valor histórico que tiene en la Medicina y principalmente en la Bacteriología este padecimiento, ya que es de todos perfectamente conocido que el descubrimiento de la bacteridia carbonosa por DAVAINE, en 1868, vino a abrir nuevos horizontes a la historia de la Medicina, iniciando también la de los gérmenes patógenos, habiendo sido la bacteridia el primero conocido y del cual partió el genial Pasteur para hacer sus experimentos que dieron al traste con la teoría de la generación espontánea.

Existen en el hombre dos modalidades clínicas diferentes de este padecimiento, según el modo como se efectúe la contaminación: el carbón externo, que es el más frecuente, y el carbón interno, bastante raro.

Carbón externo. — Consecutivamente a la inoculación dérmica, se desarrolla una lesión especial: la pústula maligna que puede en muy raras ocasiones representar todo el padecimiento que es entonces sumamente benigna; generalmente la bacteridia franquea esta etapa, invadiendo el tejido celular sub-

cutáneo, que es asiento de un edema considerable, y entonces sobrevienen fenómenos generales toxi-infecciosos, pudiendo el gérmen llegar a invadir el organismo entero, lo que constituye la fase septicémica, de pronóstico muy serio.

Fácilmente pueden presentarse todas estas etapas, recorriéndolas la infección más o menos rápidamente, pudiendo detenerse en una u otra de ellas, de lo que resultan grandes variedades en el aspecto clínico y en la gravedad del padecimiento que no presenta ningún ciclo regular.

En muy raras ocasiones y preferentemente cuando la infección gana desde luego el tejido celular, falta la primera fase o bien la lesión dérmica es mínima y pasa desapercibida, constituyendo el edema la lesión inicial; edema que se acompaña de fenómenos generales muy graves, de pronóstico severo, por lo que ha sido designado como edema maligno.

Describiré someramente la pústula maligna. Casi siempre se presenta en las partes descubiertas lo que se explica fácilmente si se tiene en cuenta que son las que están en contacto con las fuentes de infección.

La pústula maligna es siempre única. Después de un período de incubación muy corto de uno a tres días, aparece en el sitio de la inoculación una mancha roja semejante a la picadura de una pulga que rápidmente, en 12 horas, se transforma en vesícula llena de serosidad amarillenta, la cual se abre, bien espontáneamente o bien de manera más frecuente se revienta por el rascado, apareciendo en su lugar una escara negruzca dura, seca e insensible a cuyo alrededor aparecen rápidamente en forma de corona otras vesículas, siendo hasta entonces cuando el aspecto es característico; la pústula maligna está formada, en el centro por la escara negruzca que aparece en hueco, rodeada por un collar de pequeñas vesículas, reposando todo sobre una base indurada de color rojo o violáceo.

La pústula no tiene primeramente sus dimensiones definitivas; al principio la escara pequeña substituye a la vesícula inicial, después el collar de vesículas que la rodea se seca a su vez, aumentando las dimensiones de la escara en tanto que aparecen nuevas vesículas alrededor.

En sus contornos aparece un edema blando, blanquecino o violáceo, que algunas veces invade gran extensión de los tejidos vecinos o bien queda limitado, pero que falta rara vez.

Estas lesiones locales tardan 2 o 3 días en formarse.

Acompañando a estos fenómenos locales se presentan fenómenos generales que casi son nulos en los casos extremadamente benignos a que hicimos mención anteriormente, pero por lo general alcanzan una intensidad variable y consisten en fiebre que varía entre 37.5 y 38.5 grados y puede llegar en la fase septicémica por arriba de 40 grados, variando el pulso con la temperatura.

Se observa además, cefalea, anorexia, etc., pudiendo variar la intensidad de estos fenómenos con la gravedad de la infección.

En la fase septicémica los fenómenos generales se acentúan, habiéndose observado en algunas ocasiones, sin embargo, la presencia de la bacteridia en la sangre estando apirético el enfermo y siendo su aspecto general satisfactorio, agravándose los días siguientes el padecimiento que en algunos casos termina con la muerte.

Edema maligno.—Fué descrito por Bourgeois d'Etampes en 1840, con el nombre de edema maligno de los párpados que es, en efecto, su sitio habitual.

Principia generalente a nivel de uno de los párpados superiores, aumentando rápidamente hasta ganar casi toda la cara. Los párpados forman dos salientes enormes y en diversas partes del tegumento principia a aparecer flictenas que se abren, dejando escurrir una serosidad amarillenta.

(Continuará.)

Revistas Recibidas en la Biblioteca del Hospital General

Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas (Guayaquil-Ecuador) del mes de enero de 1932.

Revista Médica Latino-americana de Buenos Aires, del mes de febrero de 1932.

Revista de la Asociación Médica Argentina, de enero-abril de 1932.

El Salvador Médico, órgano Oficial de la Sociedad de Estudiantes de Medicina Emiño Alvarez, de San Salvador, del mes de marzo de 1932.

The Modern Hospital, del mes de mayo de 1932.

Medical Times Long Island Medical Journal, del mes de mayo de 1932.

La Prensa Médica Argentina, revista sudamericana d eCiencias Médicas, de 10 de abril de 1932.

Bruxelles-Médical, revue hebdomadaire des sciences médicales et chirurgicales, de 17 de abril de 1932.

Revista Oto-Neuro-Oftalmológica y de Cirugía Neurológica de Buenos Aires del mes de abril de 1932.

Gaceta Médica de México del mes de marzo de 1932.

Unidad Sanitaria Cooperativa de Veracruz, informe anual de 1931.

Bulletin of the New York Academy of Medicine del mes de abril de 1932.

Revista Médica Veracruzana del mes de mayo de 1932.

The New Zealand Medical Journal del mes de febrero de 1932.

Medicina, revista mexicana de 25 de abril de 1932.

Revista de medicina Legal, Criminología y Psiquiatria forense, de Barcelona, del mes de abril de 1932.

Universidad, revista de cultura y vida Universitaria de Zaragoza, de enero-febrero-marzo de 1932.

Gaceta Universitaria, círculo médico Argentino y Centro Estudiantes de Medicina de abril 6.

La Reforma Médica, crónicas médicas, Higiene, Medicina Legal y Política Sanitaria de Lima, de 15 de abril de 1932.

Manual Científico de Temperancia, por R. T. Stoddad, de Lima.

Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.

Boletín de la Maternidad de Lima, de octubre de 1931.

Medicina, revista Mexicana de 10 de mayo de 1932.

La revista Médica de Yucatán del mes de abril de 1932.

Annals of Internal Medicine, publicado por The American College of Physician del mes de mayo de 1932.

La Clínica, revista mensual Hispano-Americana de Ciencias Médicas de Barcelona del mes de abril de 1932.

Anales de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas de Guayaquil-Ecuador, del mes de abril de 1932. Repertorio de Medicina y Cirugía de Bogotá (Rep. de Colombia) de septiembre y octubre de 1931.

Crónica Médica Mexicana, revista de medicina, Cirugía y Terapéutica, órgano del Cuerpo Médico Mexicano, del mes de mayo de 1932.

Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de Washington, del mes de mayo de 1932.

Gaceta Médica de Torreón, órgano de la Asociación Médica de la Laguna, del mes de abril de 1932.

Revista Española de Obstetricia y Ginecología, del mes de abril de 1932.

Notas prácticas de actualidad Médica, revista mensual de medicina y cirugía, del mes de febrero de 1932.

Bulletin of New York Academy of Medicine del mes de mayo de 1932.

La Prensa Médica Argentina, de 20 y 30 de abril de 1932.

Anales de la Universidad Central de Quito (Rep. del Ecuador), de enero-marzo de 1932.

Memorias del Instituto Oswaldo Cruz de Río Janeiro-Manguinhos, del mes de marzo de 1932.

Revista Española de Medicina y Cirugía del mes de mayo de 1932.

Del 1 al 10 de Atti della R. Accademia Dei Fisiocritici in Siena Sezione Medico-Fisica de agosto de 1931 a marzo de 1932.

Gaceta Médica de México del mes de abril de 1932.

Vida Nueva, revista mensual de medicina, cirugía y ciencias auxiliares de la Habana, Cuba de 15 de mayo de 1932.

México, D. F., mayo 31 de 1932.

Para el paludismo,

pneumonía

grippe

Una combinación perfecta, que aumenta cuatro veces la acción Antitérmica de la Quinina

Para uso Hipodérmico, Intramuscular e Intravenoso. Indicado en todas las enfermedades de carácter febril, Grippe, Paludismo, Fiebres Infecciosas, Etc.

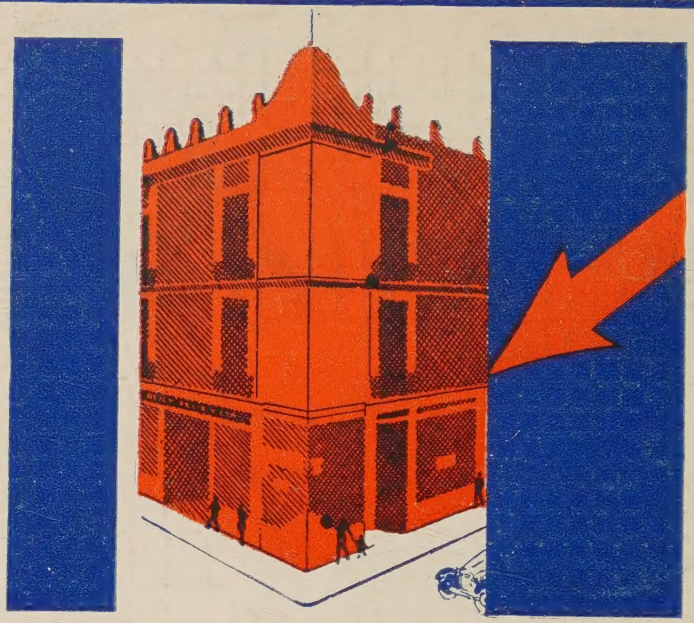
INDOLORO. - NO PRODUCE ZUMBIDO DE OIDOS. - TONIFICA EL CORAZON

SE VENDE EN CAJAS DE
5 Amp. de 5 cc, para adultos y 10 Amp. de 2 cc. para niños

Importadores: - CIA. INTERNACIONAL DE DROGAS, S. A.

Isabel la Católica Núm. 85. México, D. F.

Quinapon



50 AÑOS

1882 1932

DE SERVIR AL PUBLICO CON EL MEJOR SURTIDO DE DROGAS, MEDICAMENTOS Y ARTICULOS DE TOCADOR.

BEICK, FELIX Y CIA.

ANTIGUA DROGUERIA DE "LA PALMA".

MEXICO, D.F.

AV. MADERO 39 APARTADO 313.